

Versorgungswerk  
 der Landesärztekammer Hessen  
 Rechnungswesen  
 Mittlerer Hasenpfad 25  
 60598 Frankfurt am Main

\_\_\_\_\_  
**Betriebsnummer des Arbeitgebers**

### SEPA-Lastschriftmandat für Arbeitgeber

Ich/Wir ermächtige/n das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Da Beiträge nach § 12 der Versorgungsordnung bei angestellten Ärzten nach Empfang der Gehaltszahlung, spätestens jedoch zum Ende des Fälligkeitsmonats fällig sind, werden wir die Beiträge jeweils **zum dritten Bankarbeitstag des Folgemonats** abbuchen. **Der Einzug für den Monat Dezember wird am letzten Bankarbeitstag des jeweiligen Jahres durchgeführt.**

**Bitte beachten Sie, dass der Beitragsnachweis vor dem Einzugstermin auf elektronischem Weg an uns übermittelt werden muss.**

<b>Gläubiger – Identifikationsnummer DE02VWH0000058715</b>	
<b>Mandatsreferenz</b> (wird nachgereicht):	<input type="checkbox"/> einmalige Zahlung <input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlungen
IBAN:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>
Kreditinstitut:	Name und Adresse des Kontoinhabers:
Telefonnummer:	Beginn der Abbuchung:
ggf. Name des Steuerberaters:	Telefonnummer des Steuerberaters:
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Ort</div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Datum</div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Stempel und Unterschrift</div> </div>	

Sepa Lastschriftmandat für Arbeitgeber / Stand: 03.07.2019

**Bitte senden Sie das Original Formular per Post an das Versorgungswerk der LÄKH zurück.**

Hinweise: Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§ 3 HDSIG und § 5 a Heilberufsg).